11

DE LA

CAUTÉRISATION DE L'ÉPIPLOON

DANS

L'OPÉRATION DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

Par le docteur **CARTEAUX**

Lorsqu'en opérant une hernie inguinale étranglée, le chirurgien découvre une portion d'épiploon, il est souvent embarrassé sur le parti à prendre, attendu que, comme l'a fait observer très-judicieusement M. le docteur Philippeaux (de Lyon), on est loin d'être fixé sur la préférence à accorder à l'une ou à l'autre des méthodes proposées par les auteurs, et qui consistent, soit :

1° Dans la réduction de l'épiploon, précédée ou non de la section des adhérences.

2° Dans l'abandon de l'épiploon dans la plaie.

3° Dans l'excision de la portion épiploïque dépassant l'anneau herniaire.

4° Dans la ligature immédiate, suivant le procédé de Celse ou d'Arnaud, ou faite après le développement des bourgeons charnus, ainsi que le conseille Scarpa. Convaincu des résultats fâcheux qu'entraînent après eux ces divers procédés, Bonnet (de Lyon) eut en 1847 l'idée de cautériser l'épiploon hernié avec la pâte de chlorure de zinc, non plus en se bornant à mortifier superficiellement les tissus, ainsi

que Celse et Scarpa paraissent l'avoir tenté, mais en les détruisant complétement. Cette pratique a été suivie avec succès par MM. Desgranges, Valette, Barrier et Philippeaux, à Lyon, et elle a trouvé, à Paris, un imitateur dans M. le docteur Amussat, qui, comme on le sait, s'est occupé depuis longtemps de la cautérisation et des ressources qu'elle peut offrir à la thérapeutique chirurgicale.

Témoin d'une opération de hernie étranglée pratiquée par ce chirurgien dans ces conditions, et du résultat obtenu, j'ai pensé que la relation de ce fait pouvait offrir quelque intérêt.

Le 31 mars 1862, M. le docteur Amussat fut appelé par M. le docteur Robert de Latour à visiter, rue Neuve-des-Boulets, 26, le sieur Bernard, ouvrier fondeur, âgé de quarante-huit ans. Cet homme, d'une forte constitution, cultivateur jusqu'à dix-neuf ans, n'a jamais fait de maladies graves. Il est père de cinq enfants qui jouissent eux-mêmes d'une bonne santé.

En 1837, sans cause connue ou appréciable, cet homme vit apparaître dans la région inguinale gauche une hernie du volume d'un gland, complétement indolente, saillante quand il était debout, et disparaissant dans la position horizontale. Deux années plus tard, la tumeur ayant augmenté de volume et lui causant de la gêne, il se décida à porter un bandage.

En 1850, la hernie, jusqu'alors réductible, commença à ne plus rentrer complétement.

En 1856, il y eut étranglement, qui céda aux applications de glace et au taxis.

Le 25 mars 1862, Bernard, s'étant présenté à la garde-robe, éprouva pour la première fois une grande difficulté à rendre des matières. Dans la journée, le besoin de la défécation se fit sentir de nouveau, mais il ne put être satisfait. Plusieurs lavements furent administrés sans succès, et les douleurs toujours croissantes forcèrent le malade à s'aliter.

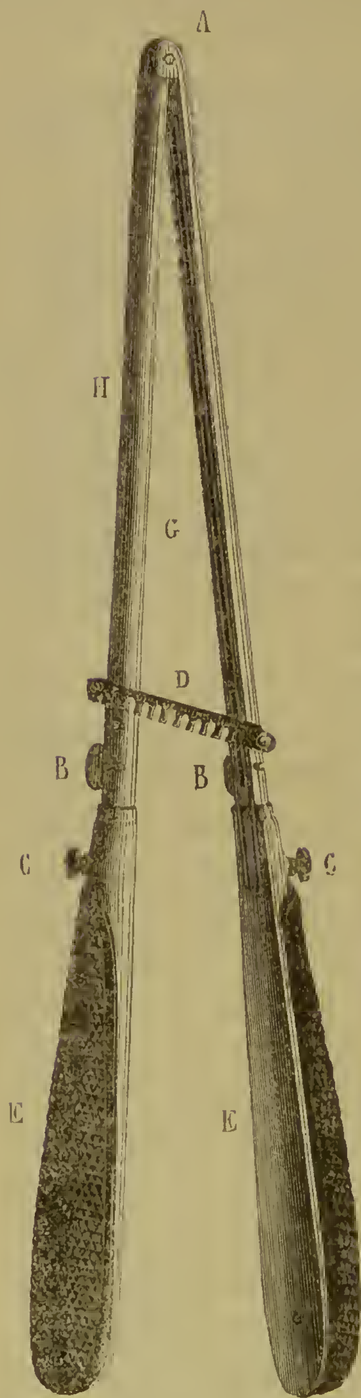
Les moyens qui avaient été couronnés de succès en 1856 échouèrent complétement, et du 25 au 31 mars, il n'y eut aucune évacuation alvine.

Le 1er avril, je me rendis avec notre confrère auprès du malade, que nous trouvâmes dans le même état ; l'opération refusée la veille fut alors acceptée.

Bernard ayant été placé convenablement sur une table solide, garnie d'un matelas, M. le docteur Amussat pratiqua l'opération suivant le procédé ordinaire. Le sac ouvert, il fut aisé de constater qu'il renfermait une anse complète d'intestin grêle étranglée par le collet, et une portion d'épiploon du volume d'un œuf de dinde. M. Amussat débrida légèrement l'anneau antérieur, puis il glissa l'indicateur de la main droite jusqu'à l'étranglement, en ayant soin de placer la pulpe du doigt sur l'intestin, afin de le mettre ainsi à l'abri de toute lésion.

Par un mouvement de pression lente et graduée, il put engager l'extrémité de l'ongle sous le collet, puis successivement toute la phalange. J'introduisis à mon tour dans la plaie l'indicateur gauche, la face postérieure adossée à celle du doigt de mon confrère, et par des efforts successifs et gradués, je parvins à engager l'extrémité de la première phalange dans l'infundibulum formé par le collet. Quand j'eus la conviction qu'avec le doigt recourbé en crochet, je fournissais un point d'appui suffisant, M. le docteur Amussat fit un effort de traction, déchira le collet du sac et fit cesser l'étranglement. Alors nous examinâmes avec soin l'anse intestinale ; elle était d'un rouge sombre au niveau du point qui avait supporté l'étranglement, mais elle ne présentait aucune trace de gangrène et put être réduite en toute sécurité. La masse épiploïque dont j'ai parlé plus haut fut maintenue au dehors ; une petite portion qui tenait au reste de la tumeur par un étroit pédicule fut immédiatement réséqué, après avoir eu préalablement la précaution de placer sur ce pédicule une ligature. Nous tordîmes plusieurs

artérioles pendant l'opération. Les lèvres de la plaie rapprochées furent maintenues par deux points de suture et recouvertes d'une compresse fine, d'une plaque d'amadou imbibée d'eau tiède et d'un morceau de taffetas gommé.



Le pansement à l'eau dut être changé toutes les deux heures. Une selle liquide eut lieu immédiatement après l'opération.

A la visite du soir (six heures), nous apprîmes qu'il n'y avait pas eu de nouvelle garde-robe ; le ventre était un peu tendu, mais peu douloureux, si ce n'est aux alentours de la plaie. La cautérisation de l'épiploon ayant été résolue, je l'étalai en éventail, afin d'avoir un pédicule aussi mince que possible. Après l'avoir examiné avec soin, notre confrère, considérant qu'il offrait encore une certaine épaisseur, retira les cuvettes G de sa pince (1) dont l'ouverture était trop étroite, limita avec de la cire, en haut et en bas, une portion suffisante des rainures H, et les remplit de pâte de caustique Filhos. La pince ainsi chargée fut appliquée sur la base

(1) Cette pince sert souvent à M. le docteur Amussat pour la cautérisation des hémorrhoïdes.

de la tumeur et laissée en place pendant cinq minutes. L'instrument retiré et nettoyé fut garni de pâte de chlorure de zinc à parties égales, et réappliqué au même point, afin que la pâte de zinc pût agir dans les sillons formés par le caustique Filhos. La crémaillère D fut serrée convenablement, et les manches retirés, la pince devant rester en place jusqu'au lendemain matin. La portion d'épiploon qui dépassait l'instrument fut alors réséquée à un centimètre environ, et deux petites compresses de linge furent placées sous les extrémités de l'instrument, afin de l'isoler des parties voisines. (Diète absolue, pansement à l'eau sur la plaie.)

Le 2 avril (matin), nous constatons que le malade a rendu très-peu de matières depuis la veille au soir. Aucune douleur ne s'est développée dans l'abdomen ; la pince est enlevée, la portion excédante de l'épiploon est noire ; même pansement.

Le soir, l'état général est assez satisfaisant ; dans la journée, le malade a vomi quelques matières bilieuses. Un lavement lui est administré avec deux cuillerées d'huile d'olive.

Le 3 avril, il est assez bien ; mais aucune évacuation n'a eu lieu ; il prend 50 grammes d'huile de ricin, et de la limonade pour tisane. Dans la journée, il y a quelques vomissements de matières bilieuses. La langue, blanche à sa face supérieure, est humide et peu rouge à la pointe.

La suppuration commence à s'établir dans la plaie, et le moignon de la tumeur épiploïque est réduit à un très-petit volume.

Le 4, le malade ayant vomi l'huile de ricin prise la veille, une nouvelle dose est prescrite, car la constipation est toujours opiniâtre. La plaie suit la marche ordinaire ; pas de douleur rayonnant dans le ventre ; même pansement.

Le soir, notre confrère apprend qu'il y a eu deux évacuations alvines et un seul vomissement. Le malade est assez tranquille et n'a pas eu de fièvre.

Le 5, la suppuration un peu plus abondante est toujours de bonne nature ; absence de douleur du côté du ventre ; rougeur autour de la plaie s'irradiant jusqu'au scrotum, du côté gauche ; à la partie moyenne de la plaie, il existe un décollement de 5 à 6 millimètres, d'où la pression fait sortir quelques gouttes de pus. Pas de selle.

Le 7, le malade est très-bien ; le pouls est calme, la langue presque naturelle, le ventre souple et indolent ; l'eschare est tombée, la plaie est en très-bon état, la suppuration, peu abondante, est très-louable ; l'appétit s'étant réveillé, quelques aliments sont prescrits.

Le 8, évacuation alvine, dans laquelle a été expulsée une sorte de bouchon, formé par des matières fécales durcies ; un des points de suture est tombé, laissant une légère encoche. On continue le pansement à l'eau ; diète légère.

Le 9, le second point de suture est tombé ; la plaie est très-belle, aucune douleur abdominale. Les digestions se font bien, le sommeil est paisible et réparateur.

Le 11, les évacuations alvines commencent à s'effectuer sans le secours de lavements ; l'état général est bon, seulement le malade est enroué, ce qui tient sans doute à ce que son lit se trouve placé entre deux portes presque toujours ouvertes. (Tisane de lichen.)

Du 13 au 20, l'état général continue à devenir de plus en plus satisfaisant, le malade se lève ; la plaie se ferme, le ventre a repris ses fonctions normales.

Un mois après, Bernard est venu nous voir à pied ; la plaie, complétement cicatrisée, est presque linéaire.

Il supporte aisément un bandage neuf et commence à reprendre ses travaux.

Comme on le voit par la lecture de cette observation, la résolution que prit notre confrère après avoir réduit l'intestin d'enlever par la cautérisation la masse épiploïque, au lieu de l'abandonner dans la plaie, a eu le plus heureux résultat. Quant à la durée de la cautérisation, elle varie

suivant l'épaisseur des tissus à cautériser. Dans les cas ordinaires, la pince pourrait être enlevée au bout de huit ou dix heures, temps suffisamment long pour obtenir le résultat désiré, lorsque l'on emploie successivement le caustique Filhos et la pâte de chlorure de zinc.

Ce fait n'aurait à lui seul qu'une bien faible valeur ; mais en l'ajoutant aux succès obtenus par les chirurgiens de Lyon, il pourra peut-être contribuer à vulgariser une méthode de traitement qui nous semble appelée à diminuer les chances de mortalité à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

(Extrait de la *Revue médicale française et étrangère*. 1865, t. I, p. 540.)

Evreux, A. Hérissey, imp. 168